



TRIAGE TELEFONICO

MEDICO _____ LUOGO _____ DATA / / ORA _____
 MEDICO DI FAMIGLIA MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

DATI PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
Data Nascita _____ Luogo Di Nascita _____
Residenza Via _____ N. _____
Comune _____ Prov. _____ Tel./Cell. _____

IL PAZIENTE APPARTIENE AD UNA DELLE SEGUENTI CATEGORIE CHE LO CONFIGURANO COME CASO "SOSPETTO" (barrare solo una delle seguenti caselle)

PAZIENTE SINTOMATICO CON ALMENO 1 TRA TOSSE, $T > 37.5$ °C, DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>
PAZIENTE ASINTOMATICO/PAUCISINTOMATICO MA CON CONTATTO STRETTO DIRETTO O PROBABILE CON PZ COVID+ NEI 14 GG PRECEDENTI	<input type="checkbox"/>
MALATTIA RESPIRATORIA ACUTA GRAVE (FEBBRE + ALMENO 1 SINTOMO DI MALATTIA RESPIRATORIA) CHE RICHIEDA RICOVERO OSPEDALIERO (SARI)	<input type="checkbox"/>

**Tutti gli accessi DEVONO prevedere un contatto telefonico preliminare.
In particolare, ai casi sospetti che rientrano nelle categorie sopra elencate non è
consentito l'accesso libero in ambulatorio.**

Il paziente è stato messo in contatto con le Unità Speciali?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

Firma del Medico

Timbro

INVIATO A* _____

(*) INSERIRE NUMERO, MAIL, FAX CUI INVIATA SCHEDA PER SEGNALAZIONE QUALORA SI SIA RESA NECESSARIA